fot. iStock

Oddział neonatologiczny – organizacja i funkcjonowanie

Artykuł stanowi podsumowanie rozwiązań infrastrukturalnych i architektonicznych związanych ze sprawnym funkcjonowaniem oddziałów neonatologicznych w Polsce. Wnioski zostały oparte o obowiązujące regulacje prawne oraz spostrzeżenia wyniesione z codziennej pracy zespołu medycznego.

DR HAB. N. MED.
MARIA WILIŃSKA
PROF. CMKP

Klinika Neonatologii
SPSK im. prof.
W. Orłowskiego
CMKP w Warszawie

Trzystopniowy system organizacji opieki nad kobietą ciężarną i rodzącą wprowadzony w Polsce w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku zasadniczo poprawił wyniki przeżywalności noworodków, jak i bezpieczeństwo rodzących kobiet. Według aktualnie obowiązującego Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej chorą ciężarną lub kobietę rodzącą należy kierować do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu (1).

Pierwszy poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży. Poziom II opieki perinatalnej obejmuje ▷

Neonatal unit – organization and functioning

Streszczenie

Opieka nad kobietą rodzącą i noworodkiem jest w Polsce zorganizowana na trzech poziomach referencyjnych, w zależności od stopnia przewidywanych problemów klinicznych z matką i noworodkiem. Taki schemat organizacyjny determinuje, wraz ze wzrostem referencyjności, coraz wyższe kompetencje zawodowe zespołu medycznego i narastające zaawansowanie organizacyjne oraz sprzętowe oddziału neonatologicznego.
Aby system działał, zespoły lekarskie i pielęgniarskie muszą pracować według wystandaryzowanych zasad oraz mieć określone kompetencje zawodowe oparte o system systematycznie powtarzanych szkoleń. W każdym oddziale, w zależności od stopnia referencyjnego, muszą być określone i monitorowane zasady organizacji przestrzeni, a także optymalne wyposażenie poszczególnych pomieszczeń. Priorytety stanowią bezpieczeństwo i optymalna opieka nad pacjentami oraz ich rodzinami. Dla personelu ważne są: perspektywa rozwoju zawodowego, satysfakcja z pracy i dobre wzajemne relacje w zespole.

Słowa kluczowe

oddział neonatologiczny, opieka ukierunkowana na rodzinę, intensywna terapia noworodka

Summary

Care of a woman giving birth and a neonate in Poland is organized on three referral levels, depending on the anticipated clinical problems in a mother and a newborn. Such an organizational scheme determines, with increasing referral level, the increasingly higher professional competences of medical staff and the increasing organizational and equipment advancement of a neonatal unit.
In order that the system works, medical and nursing teams must work according to standardized principles and have specific professional skills based on a system of regularly repeated trainings. In each ward, depending on a referral level, the principles of space organization and the optimal equipment of individual rooms must be defined and monitored. The priority is the safety and optimal care of patients and their families.
For medical staff, the perspective of professional development, job satisfaction and good mutual relations in a team are important.

Keywords

neonatal unit, family-centered care, neonatal intensive care

również opiekę nad średniego stopnia patologią ciąży i noworodka, zaś III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży i noworodka (1).

W strukturze każdego oddziału neonatologicznego muszą się znaleźć wszystkie trzy podjednostki, czyli odcinek dla noworodków zdrowych, pododdział opieki pośredniej i ciągłej dla noworodków o umiarkowanej patologii oraz miejsce dla noworodków intensywnie leczonych. W oddziale I poziomu referencyjnego to ostatnie będzie tylko stanowiskiem do resuscytacji noworodka, w którym nastąpi stabilizacja stanu klinicznego dziecka planowanego do przekazania do kolejnego szpitala. W oddziałach wyższego stopnia referencji znajdą się odcinki o narastającym zaawansowaniu organizacyjnym i technologicznym, aż do regularnych oddziałów intensywnej opieki noworodka (2).

W strukturze oddziału neonatologicznego muszą się znaleźć takie podjednostki jak: odcinek dla noworodków zdrowych, pododdział opieki pośredniej i ciągłej dla noworodków o umiarkowanej patologii oraz miejsce dla noworodków intensywnie leczonych

Oddział noworodków zdrowych

Zorganizowany jest w systemie *rooming-in*, umożliwiającym prawidłowe postępowanie ze zdrowym noworodkiem w pierwszych godzinach po jego urodzeniu się.

Procedurą o szczególnie dużym znaczeniu dla potrzeb emocjonalnych matki i prawidłowego wyzwolenia laktacji jest realizacja nieprzerwanego 2-godzinnego kontaktu *skin-to-skin* matki i dziecka przez cały okres pierwszego karmienia. Przerywanie go z powodu pośpiechu personelu medycznego, natłoku pracy czy dążenia do szybkiej realizacji kolejnych procedur jest błędem działania. Kontakt ten może być przerwany tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach, odnotowanych w dokumentacji szpitalnej. Matka powinna być zawsze poinformowana o przyczynie rozdzielenia jej z dzieckiem. Odebranie dziecka od matki po jego urodzeniu się jest zazwyczaj bardzo dużym stresem dla matki i rodziny, i wymaga dokładnego wyjaśnienia im tej sytuacji.

Po cięciu cesarskim taki kontakt dziecka z matką także powinien być realizowany. W praktyce, w wielu szpitalach w Polsce kontakt dziecka z matką po porodzie zabiegowym, o ile jest w ogóle wykonywany, jest skrócony do kilkunastu minut. Należy jednak dążyć do jego maksymalnego wydłużenia, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych, technicznych i przede wszystkim stanu świadomości matki. Rekompensatą skróconego czasu kontaktu z matką jest kangurowanie dziecka przez ojca, zazwyczaj entuzjastycznie przyjmowane przez mężczyzn. Byłoby najlepiej, aby odbywało się ono w pokoju pooperacyjnym, dokąd matka dociera po cięciu cesarskim. Alternatywą jest kangurowanie przez ojca realizowane na oddziale neonatologii. Procedura ta może być wykonywana także przez inną osobę bliską, wskazaną przez matkę. Błędem jest odstąpienie od kangurowania, jeżeli jest ono możliwe.

Efektywne pierwsze karmienie piersią trwające aż do spontanicznego zakończenia ssania przez dziecko jest kluczem uaktywnienia laktogenezy II, procesu prolaktynozależnej laktacji. Proces ten powinien być czujnie nadzorowany przez personel medyczny. Personel ten powinien posiadać wiedzę i umiejętności II poziomu laktacyjnego, czyli umieć rozpoznawać i postępować w laktacji fizjologicznej oraz w typowych problemach, jak niedobór i nadmiar pokarmu, uszkodzenie brodawek piersiowych czy zaburzenia ssania u dziecka. Natomiast osoby o III poziomie wiedzy o laktacji, konieczne w zespole, powinny pełnić przede wszystkim rolę konsultacyjną dla podstawowego personelu i wesprzeć go w przypadku najtrudniejszych nieprawidłowości w laktacji i karmieniu naturalnym. Błędem jest cedowanie na konsultantów laktacyjnych wszystkich pojawiających się problemów w laktacji czy w zakresie ssania, a nawet niekiedy w ogóle podstawowej pracy w oddziale z matką w zakresie karmienia piersią.

Prawidłowo pracujący personel medyczny obejmuje matkę i dziecko systemem edukacji laktacyjnej dostosowanym do ich etapu hospitalizacji i bieżących potrzeb. Ten schemat obejmuje w pierwszej dobie po porodzie informację dla matki o korzyściach karmienia naturalnego i o różnych pozycjach karmienia. W dobach drugiej i trzeciej personel udziela informacji o potencjalnych problemach laktacyjnych, utrwala techniki karmienia oraz demonstruje ręczne odciąganie pokarmu. Uczy rozpoznawania objawów głodu u dziecka, udziela informacji o kryteriach skutecznego i efektywnego karmienia naturalnego. Matkom karmiącym naturalnie nie udziela informacji na temat karmienia sztucznego. Matkom, które nie mogą lub nie chcą karmić piersią, udziela informacji o ryzyku dla zdrowia dziecka wynikającym ze stosowania mieszanek sztucznych. Niezależnie udziela instruktażu karmienia sztucznego, w tym sporządzania mieszanek sztucznych i postępowania ze sprzętem do karmienia.

Zasadą jest, że matkom zapewnia się dostęp do informacji pisemnych i materiałów drukowanych na temat roli i technik karmienia naturalnego.

Optymalnym modelem opieki personelu średniego nad matką i zdrowym dzieckiem podczas porodu i połogu jest scentralizowanie tej pracy na położną. Udział zespołu noworodkowego w porodzie i dalszej opiece nad zdrowym noworodkiem powinien ograniczać się do lekarzy neonatologów.

W wielu szpitalach w Polsce współistnieją nadal dwa zespoły – położniczy i noworodkowy, sprawujący z oddzielna opiekę nad matką i dzieckiem. Nie jest to model optymalny. Rozdział obowiązków w opiece nad matką (położna oddziału położniczego) i noworodkiem (pielęgniarka lub położna z zespołu neonatologicznego) po urodzeniu jest sztuczny i z reguły rodzi napięcia o podział pracy. Zazwyczaj pojawiają się problemy współpracy zespołów, a zwłaszcza obowiązków w granicznych sytuacjach problemów w laktacji i ssania z piersi.

Opieka w systemie *rooming-in* zakłada ciągle przebywanie dziecka z matką, bez nieuzasadnionego rozdzielania. Niemal wszystkie procedury medyczne, terapeutyczne, diagnostyczne czy pielęgnacyjne dotyczące dziecka mogą i powinny być wykonywane na sali przy matce. Rozdzielenie matki i dziecka jest znaczącym czynnikiem hamującym uruchomienie laktacji. Częstym błędem na tym etapie opieki jest przesuwanie dziecka w godzinach nocnych z położnictwa do oddziału neonatologicznego. Tymczasem nocne karmienie piersią jest konieczne dla skutecznego wyzwolenia i utrzymania laktacji. Pokarm nocny odznacza się specyficznym składem biochemicznym, jak wysokojakościowe tłuszcze mleka i melatonina. Opieka personelu nad zdrowym dzieckiem przez cały okres jego pobytu w szpitalu powinna być realizowana przy łóżku matki, a nie w oddzielnym pokoju, także w nocy (3, 4).

Oddział opieki pośredniej, ciągłej i intensywnej noworodka

Są to części oddziału o narastającym standardzie intensyfikacji obserwacji, diagnostyki i leczenia. Obszar ten pozostaje w wyłącznej kompetencji zespołu noworodkowego, zarówno lekarskiego, jak też położnych i pielęgniarek. Normy budowlane dotyczące powierzchni, standard wyposażenia i obsada personelu średniego i wyższego są określone ustawowo oraz określone w umowie z płatnikiem (NFZ). Istotne dla III poziomu referencyjnego jest zachowanie proporcji 1 stanowiska intensywnej terapii noworodka na 250 porodów w roku (5, 6).

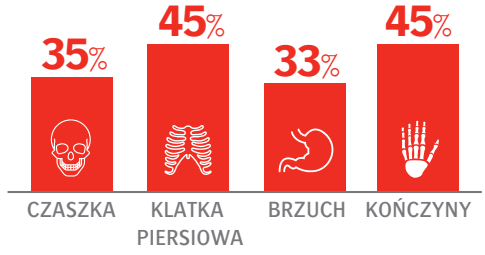
W celu optymalizacji opieki nad pacjentem i pracy zespołu medycznego, a także zgodności z ustawowymi normami ważna jest powierzchnia, którą zajmuje oddział. Obowiązujące normy powinny być przestrzegane. Należy jednakże uwzględnić struktury dodatkowe poprawiające jakość i komfort pracy, jak na przykład możliwość wykonywania na miejscu niektórych zabiegów chirurgicznych u noworodków. W scentralizowanych wielostanowiskowych oddziałach ITN będą to: ligacja chirurgiczna przewodu tętniczego, drenaż otrzewnej, drenaż ssący klatki piersiowej, operacje laseroterapii siatkówki, podaż doszklistkowa czynnika hamującego rozrost naczyń krwionośnych siatkowki (VEGF). Wiele oddziałów, dzięki wyposażeniu w analizatory biochemiczne, wykonuje część analiz laboratoryjnych w obrębie oddziału.

REKLAMA

AGFA Agfa

z troską o dzieci

Redukcja dawki promieniowania po zastąpieniu aparatów innych firm urządzeniami DR firmy Agfa



www.agfa.com, biuro.healthcare@agfa.com

fot. iStock

Oba systemy, tzn. wykonywanie zabiegów chirurgicznych i analiz biochemicznych w obrębie oddziału wymagają dodatkowej struktury organizacyjnej i ekonomizacji kosztów. Będą optymalne kosztowo tylko w jednostkach dużych nie tyle co w kwestii liczby stanowisk, co dużej liczby hospitalizowanych pacjentów w OION.

Priorytetem współczesnej neonatologii jest stworzenie szeroko pojętych bezpiecznych warunków obserwacji, diagnostyki i leczenia noworodka. Aktualna filozofia to opieka zcentralizowana na dziecku i rodzinie. Rodzicom należy zapewnić swobodny dostęp do dziecka, wręcz możliwość i warunki do ciągłego przebywania z nim. Matki poznają i realizują tzw. ssanie nieodżywcze, uczą się rozpoznawać i reagować na objawy głodu u dziecka, poznają cechy efektywnego przystawiania do piersi i skutecznego karmienia. Matki uczą się przystawiać dziecko do piersi. Odciąganie pokarmu dla dziecka, o ile nie może być ono w pełni karmione bezpośrednio z piersi, powinno odbywać się przy stanowisku dziecka, z kontaktem wzrokowym z maleństwem.

Rodzice powinni być stopniowo angażowani przez personel w elementy opieki neurorozwojowej nad dzieckiem, w stopniu uwzględniającym zarówno swoje indywidualne możliwości, jak też potrzeby dziecka. W miarę narastania kompetencji rodzicielskich rodzice stają się niemal wyłącznymi opiekunami dziecka. Personel stopniowo przejmuje funkcję instruktora. Warunki tworzone rodzicom powinny zachęcać ich do nieograniczonego kontaktu z dzieckiem przez całą dobę, we wszystkie dni tygodnia.

Należy przy tym mieć na uwadze, że opieka nad dzieckiem jest prawem, a nie obowiązkiem rodziców. Rodzice nieobecni nie powinni być jednak negatywnie stygmatyzowani.

Pełny rozwój kompetencji rodzicielskich, w tym opanowanie umiejętności efektywnego nakarmienia dziecka, jest jednym z przyszłych kryteriów wypisu dziecka do domu (4).

Ważnym elementem w strukturze oddziału jest dobrze wyposażone pomieszczenie socjalne dla rodziców, w którym mogą się spotkać, porozmawiać, zjeść posiłek i zregenerować siły. Rolę tę może spełniać pokój laktacyjny. Tutaj matki mogą odciągać pokarm, o ile nie robią tego przy dziecku (co jest preferowane). W pokoju tym mogą odbywać się spotkania edukacyjne dla rodziców, organizowane i realizowane przez: lekarzy, pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów, neurologopedę, i psychologa. Taki schemat współpracy z rodzicami, obejmujący ich edukację przy dziecku oraz niezależne spotkania z personelem medycznym poza oddziałem, są optymalnym systemem podnoszenia ich wiedzy, przygotowującym rodziców nie tylko do bieżącej opieki nad dzieckiem, ale też sprawowania przyszłej roli rodzicielskiej (7).

Stworzenie komfortu pobytu dziecka w oddziale obejmuje redukcję natężenia światła, hałasu, minimalizację i grupowanie procedur medycznych, maksymalnie długie kangurowanie bez nieuzasadnionych ograniczeń oraz zapewnienie rytmu dnia i nocy (4).

Od wielu lat funkcjonuje na świecie międzynarodowy projekt Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

„Szpital Przyjazny Dziecku". To międzynarodowy tytuł potwierdzający stosowanie w szpitalu w opiece nad matką i dzieckiem procedur sprzyjających karmieniu piersią, zgodnych z najwyższymi standardami Światowej Organizacji Zdrowia. Wszystkie szpitale na całym świecie odznaczone tym tytułem przestrzegają jednolitych zasad sprzyjających prawidłowemu karmieniu. Podkreślić należy, że w takiej placówce jest w pełni przestrzegany Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece. Na terenie Szpitali Przyjaznych Dziecku obowiązuje m.in. zakaz rozpowszechniania informacji o mieszankach mlekozastępczych oraz akcesoriów do sztucznego żywienia, ograniczając ich używanie do przypadków uzasadnionych medycznie. Dzięki temu umożliwia się matkom podjęcie decyzji o karmieniu swojego dziecka opartej o współczesną wiedzę medyczną, a nie reklamy. We wszystkich krajach, które podpisały tzw. *Deklarację Innocenti* obligującą do ochrony, propagowania i popularyzacji karmienia piersią, utworzono struktury do wdrażania Inicjatywy. W Polsce jest to Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią (KUKP) (9). Inicjatywa WHO Szpital Przyjazny Dziecku została zwalidowana przez Amerykańską Akademię Pediatrii jako program wysoce efektywny w zakresie skutecznego wyzwalania laktacji i skutecznie wydłużający okres karmienia piersią po wypisie do domu. Im więcej z 10 Kroków jest wdrażanych do praktyki szpitalnej w opiece nad matką karmiącą, tym dłuższy jest okres karmienia piersią. W roku 2018 WHO zaktualizowała Program, rozszerzając jego zastosowanie do oddziałów intensywnej terapii noworodka.

Ten prestiżowy tytuł zdobyło jak dotąd 96 szpitali w Polsce, jednak wiele z nich z powodu braku reoceny utraciło prawo do jego używania (8).

Struktura architektoniczna pododdziału opieki intensywnej, ciągłej i pośredniej

Struktura klasyczna to system halowy (wiele stanowisk w jednym pomieszczeniu). Poszczególne pododdziały dzieli się według intensywności prowadzonych procesów leczniczych (odcinek obserwacyjny, czyli oddział opieki pośredniej, patologia noworodków, czyli oddział opieki ciągłej, wreszcie intensywna terapia noworodków). Do każdego z tych pomieszczeń wiedzie rodzaj śluzy, w której jest możliwość mycia i dezynfekcji rąk. Możliwość dezynfekcji rąk powinna być dodatkowo możliwa przy każdym intensywnym stanowisku noworodka.

System pomieszczeń indywidualnych dla poszczególnych pacjentów sprzyja indywidualizacji opieki medycznej oraz poprawia komfort pobytu rodziców. W wielu oddziałach na świecie (tu przoduje system skandynawski) w pomieszczeniach tych umieszcza się łóżka dla rodziców. Kangurowanie odbywa się przez całą dobę, łącznie z wykonywaniem procedur medycznych u dziecka ułożonego na ciele matki lub ojca.

Taka filozofia scentralizowanej opieki nad rodziną w oddziale intensywnej terapii noworodka jest w tej chwili uznana za optymalną dla rozwoju dziecka o skrajnej niedojrzałości przy urodzeniu.

W wielu istniejących oddziałach neonatologicznych w Polsce są ograniczenia powierzchni, co wymusza organizację pomieszczeń satelitarnych (pokoje socjalne dla rodziców, pokój laktacyjny, pomieszczenia hotelowe dla matek itp.) w szpitalu poza oddziałem.

Kompaktowa struktura oddziału to dość istotne ograniczenie powierzchni, ale z drugiej – skrócenie dystansów do: podręcznego magazynu materiałów zużywalnych, myjni inkubatorów, magazynu czystego sprzętu, pokoi administracyjnych. Kompaktowość Oddziału wyraża się także w krótkich dystansach pokonywanych przez personel medyczny przy najczęstszych czynnościach, jak: mycie rąk przed badaniem pacjenta, pobieranie sprzętu, przejście do pomieszczeń administracyjnych czy pokoju socjalnego.

W założeniach projektowych bloków porodowych nowych szpitali na świecie uwzględnia się możliwości przedłużonej stabilizacji stanu noworodka po urodzeniu. Potrzeba ta występuje w trudnych sytuacjach dziecka urodzonego w ciężkim stanie ogólnym. Należy przy tym założyć konieczność zwiększenia obsady personelu i dodatkowego wyposażenia. Może to być efektywne kosztowo, ale tylko w dużych centrach opieki perinatalnej. W pozostałych przypadkach optymalnym rozwiązaniem wydaje się umieszczanie na sali porodowej ciężko chorego noworodka w docelowym inkubatorze, kompletnie wyposażonym w sprzęt do resuscytacji noworodka. W OION dziecko pozostaje w tym samym inkubatorze, nie przekłada się go na inne stanowisko intensywnej terapii. To rekomendowana obecnie forma opieki nad noworodkiem urodzonym w ciężkim stanie ogólnym (2).

Wiele oddziałów w Polsce wypracowało schemat uniwersalizmu stanowisk. Oznacza to system, w którym w tym samym pomieszczeniu jest sprawowana opieka nad pacjentami o różnym nasileniu patologii. Zawsze są tam też obecne miejsca dla rodziców i możliwość ich opieki, czyli kangurowania, karmienia i pielęgnacji dziecka.

Pomieszczenia pacjentów powinny być oddzielone dużymi szklanymi ścianami od stanowisk biurowych pielęgniarek. System ten sprzyja potrzebie intymności pacjentów, ale jednocześnie zapewnia bezpieczeństwo leczonym noworodkom. Usytuowanie monitorów w polu widzenia pielęgniarki umożliwia bezpośrednią obserwację monitorowanych parametrów. W OION jest wskazana centrala monitorująca, która powinna być umieszczona poza salą noworodków. Umożliwia obserwację monitorowania każdego stanowiska przy wyłączonych alarmach dźwiękowych w pomieszczeniu. W pozostałych salach jest możliwość redukcji głośności alarmów dźwiękowych. Sygnał wizualny monitora musi być zawsze aktywny.

Rewolucyjnie skuteczne w ograniczaniu hałasu w pomieszczeniach noworodków okazało się bardzo proste urządzenie „Ucho" sygnalizujące kolorem ▷

- przekroczenie dopuszczalnego natężenia dźwięku.

Wszystkie dyskusje personelu o dziecku, przekazywanie dyżuru kolejnej zmianie czy ustalanie planu postępowania odbywa się poza salą z dzieckiem. Udzielanie informacji o dziecku odbywa się w bezpośrednim kontakcie z rodzicami, jest dyskretne i nie zakłóca pracy pozostałego personelu medycznego.

W strukturze Kliniki powinno istnieć odrębne pomieszczenie do doraźnego przygotowywania leków i płynów infuzyjnych oraz do sporządzania indywidualnych porcji pokarmu do żywienia enteralnego.

W oddziałach neonatologicznych dąży się do używania sprzętu jednorazowego do wszystkich procedur pielęgnacyjnych, leczniczych i do karmienia noworodka. Należy jednak przewidzieć pomieszczenie do mycia i dezynfekcji niektórych akcesoriów, jak własny sprzęt laktacyjny matki. W tych sytuacjach należy zapewnić dokładną instrukcję postępowania oraz możliwość jej realizacji (np. kuchenka mikrofalowa do dezynfekcji wyżej wymienionego sprzętu laktacyjnego).

Bank mleka kobiecego

Aktualnie standardem postępowania w oddziale hospitalizującym noworodki chore i urodzone przedwcześnie jest dostępność do mleka kobiecego. Preferowane jest mleko własnej matki, a w razie jego braku – mleko z banku mleka kobiecego. Do przechowywania pasteryzowanego mleka niezbędne są dwie chłodziarki z zamrażarkami, z monitorowaną widoczną na zewnątrz temperaturą. Procedura pozyskiwania mleka, jego przechowywania, transportu, mrożenia, rozmrażania, dzielenia i podawania dziecku wraz z pełną dokumentacją procesu i systemem kontroli musi być skrupulatnie opisana oraz przedstawiona w wersji dla personelu i dla matek. Równie skrupulatnie musi być opisane postępowanie ze sprzętem laktacyjnym, z rozdziałem na sprzęt sterylizowany i poddawany dezynfekcji, z zadaniami dla poszczególnego personelu kliniki i dla matki (4).

Organizacja pracy

Zespoły lekarski oraz pielęgniarski składają się zazwyczaj z osób o zróżnicowanym wyszkoleniu i doświadczeniu. Stawia to wysokie wymagania co do permanentnego szkolenia całego zespołu medycznego. Sprawność działania, jednolitość postępowania i powtarzalność systemu szkolenia, przy zachowaniu ciągłości opieki medycznej nad pacjentami, są możliwe dzięki wdrożeniu standardów postępowania w różnych sytuacjach klinicznych oraz ich skrupulatnym przestrzeganiu przez wszystkich członków zespołu. Każde odstąpienie lekarza czy pielęgniarki lub położnej od opisanego schematu postępowania wymaga uzasadnienia w dokumentacji medycznej pacjenta. Standardy postępowania powinny zawierać, oprócz treści merytorycznych, ścisły podział zadań i kompetencji lekarzy i pielęgniarek oraz działu technicznego szpitala, zespołu kontroli zakażeń i nadzoru Kliniki.

Istotnym zadaniem zespołu medycznego jest monitorowanie wyników pracy. Analiza ta powinna w szczególności objąć: zdarzenia niepożądane, powikłania terapii, zakażenia szpitalne, przedłużone hospitalizacje oraz rehospitalizacje. W celu kontroli przestrzegania procedur okresowo warto sprawdzać przestrzeganie standardów medycznych.

Pożądane są także wewnętrzne zasady pełnienia dyżuru medycznego, uściślające zapisy zawarte w umowach cywilno-prawnych lekarzy dyżurnych. Zapisy te powinny m.in. precyzować podział kompetencji i odpowiedzialności lekarzy dyżurnych oraz konieczność zgłaszania nadzorowi Kliniki powikłań terapii i niepowodzeń dyżurowych.

Wiele prac biurowych warto przekierować do sekretariatu Kliniki. Zadania lekarzy w zakresie pracy biurowej powinny zostać maksymalnie ograniczone.

Rodzice w Oddziale

Rodzice dzieci oddzielonych od matek powinni mieć nieograniczony dostęp do swoich dzieci podczas całej hospitalizacji. Przy pierwszym spotkaniu z personelem oddziału powinni otrzymać informację ustną i pisemną o obowiązujących zasadach. Informator o Klinice powinien zawierać podstawowe dane o: strukturze Kliniki, personelu, zasadach przebywania rodziców, zasadach odwiedzin przez dziadków, wizytach starszego rodzeństwa, realizowanej opiece neurorozwojowej, postępowaniu z mlekiem i sprzętem laktacyjnym oraz wiele innych. Rodzina noworodka, podobnie jak sam pacjent, jest w świetle obecnej wiedzy podmiotem działań opieki medycznej. ❑

Piśmiennictwo

1. prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU-20180001756/O/D20181756.pdf.
2. Świetliński J.: *Uwagi dotyczące projektowania i funkcji i organizacji oddziału intensywnej terapii i patologii noworodka.* [W:] Świetliński J. (red.): *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*. PZWL, Warszawa 2017.
3. *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.* Wyd. III (2019) zaktualizowane i uzupełnione, Alfa Medica Press, Warszawa 2019
4. Helwich E., Wilińska M., Borszewska-Kornacka M.K. i in.: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla III poziomu referencyjnego. Neonatologia i Położnictwo.* „Standardy Medyczne. Pediatria", 2014, 1 (11), 9-57
5. http://www.lexlege.pl/ustawa-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych.
6. /http://www.nfz.gov.pl/kontakt/centrala-nfz/.
7. Wilińska M. i in.: *Optymalizacja postępowania w zakresie pozyskiwania, przechowywania oraz wykorzystania mleka matki dla dziecka – aktualizacja zaleceń.* „Standardy Medyczne. Pediatria", 2012, 2, 247-255
8. https://www.laktacja.pl/article/93,inicjatywa-szpital-przyjazny-dziecku.